１．病院等の開設等の目的（今回の増床の目的）

|  |
| --- |
| （１）所在（開設）地域の医療提供体制に何が必要であると考えているか |
| （２）共同症例検討会や連絡会、機器の共同利用など、現在行っている地域医療連携は  どのようなものか  （別紙1-(2)として直近3か月分の紹介率、紹介元一覧、紹介元別患者数、逆紹介率、逆紹介先一覧、逆紹介元別患者数がわかるものを添付すること） |
| （３）地域医療における自院の位置づけ・役割をどのように考えているか |
| （４）病床配分を受けた結果、具体的にどのような貢献が出来ると考えているか  （別紙1-(4)として直近3ヶ月平均の入院待ち患者と入院待ち日数がわかるものを添付すること） |

（５）開設（予定）者に関する事項

【医師の場合】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 開設者が現に病院、診療所を開設、管理又は勤務している場合には当該医療機関の概要 | | | | | | | |
| 区分 | □開設　　　□管理　　　□勤務 | | | | | | |
| 施設の種類 | □病院　　　□診療所（有床）　　　□診療所（無床） | | | | | | |
| 名称 |  | | | 所在地 |  | | |
| 診療科目 |  | | | | | | |
| 病床数 | 一般　　床 | 療養　　床 | 精神　　床 | | | 結核　　床 | 感染症　　床 |

【法人の場合】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人の種類 |  | | | 設立年月日 |  | |
| 名称 |  | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 |  | | | TEL | | |
| 代表者 | 氏名： | | | | | |
| 法人の目的、事業 |  | | | | | |
| 法人が現に病院・診療所を開設している場合は当該医療機関の概要 | 施設の種類 | 名称 | 所在地 | | 病床数 | 備考 |
|  |  |  | |  |  |